Aus der chirurgischen Klinik der Universität Halle (Saale).
Direktor: Prof. Dr. Voelcker.

Konstitution u. Bruchanlage

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Karl Guden

aus Alfeld (Leine)

Referent: Prof. Dr. Voelcker.

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922.

Im Laufe der Jahrhunderte hat die Anerkennung konstitutioneller Gesichtspunkte in der Diagnose, Auffassung und Systematik der Krankheit viele Wandlungen durchgemacht. Aber trotz vieler Anfechtungen und zeitweisem Untergehen behauptete sich der Gedanke der Konstitutionspathologie, um in aller neuester Zeit zu erhöhter Beachtung und Blüte zu gelangen. Heute verstehen wir unter Konstitution jene innere dem Individuum eigentümliche Anordnung seiner Organisation, die im wesentlichen in seinen ererbten Eigenschaften ihren Ausdruck findet, wenn diese auch durch die Wirkung äußerer Einflüsse bis zu einem gewissen Grad abgeändert werden können.

Wenn nun auch jede einzelne Konstitution aus Gründen der Vererbungsgesetze noch nie dagewesen ist, so lassen sich doch schon unter den gesunden Menschen gewisse Typen aus der Masse herausschälen, die sich durch immer wiederkehrende Kombinationen hervortretender Merkmale, durch einen sogenannten „Habitus“ auszeichnen. Zuweilen verrät sich die Konstitution nur durch einzelne, meist bei äußerer Betrachtung und Untersuchung zu findende Zeichen, die man „Stigmata“ nennt, die dem kritischen Arzte als Hilfsmittel bei der Diagnose dienen können.

Einen kleinen Beitrag zu dem großen Gebiete der Konstitutionspathologie zu liefern, habe ich in dieser Arbeit versucht. Als Aufgabe habe ich mir gestellt, Beziehungen zwischen Bruchanlage und Konstitution herzustellen und zu zeigen, daß bei jedem Bruchkranken eine bestimmte konstitutionelle Anordnung seiner Organisation vorliegt. Besondere Berücksichtigung soll die wichtige Frage der Entstehung der Leistenhernien finden.

Bei den Leistenbrüchen unterscheiden wir zwei große Gruppen. Die erste dieser beiden Gruppen, die angeborenen Leistenhernien, zeigt bei der Geburt schon den ausgebildeten, fertigen Bruchsack. Meist handelt es sich um eine fehlende Oliteration des processus vaginalis peritonei, der nach dem Descensus des Hodens nicht verklebt ist und nun einen offenen Bruchsack bildet. Manchmal begünstigt auch eine Verwachsung von Hoden und Darm vor dem Descensus die Entstehung eines Bruches.

Bei der zweiten Gruppe der Leistenhernien finden wir keinen schon bei der Geburt vorhandenen Bruchsack. Die

spätere Ausbildung einer Hernie muß also in einer anderen Konstitution des Individuums begründet liegen.

Wie man schon seit Jahren eine ganze Anzahl von krankhaften Zuständen — Skoliose, Plattfuß, alle Ptosen und Prolapse — als den Ausdruck einer allgemeinen Insuffizienz des Körperbindegewebes ansieht, so glaube ich nicht fehl zu gehen mit der Behauptung, daß bei der Entstehung einer Leistenhernie eine konstitutionell bedingte Schwäche der unteren Bauchwand von größter Wichtigkeit ist. Ebenso ist auch die konstitutionell bedingte Weite des Leistenkanals für eine spätere Bruchentwicklung sicher nicht ohne Bedeutung. Auch eine abnorme Nachgiebigkeit des fibrösen Gewebes des inneren Leistenringes wird das Peritoneum die starre Umklammerung des Bruchringes, unter dem Drucke der Bauchpresse, leicht weiten lassen. Bei manchen Indiv. bedingt auch die konstitutionell auftretende Fettsucht eine Schwäche der Stützsubstanz des Körpers. Ebenso kann bisweilen durch den Zug subseröser Lipome eine Bruchbildung begünstigt werden.

Zu diesen in der konstitutionellen Organisation des Individuums liegenden Krankheitsursachen können während des Lebens mancherlei Schädigungen hinzutreten. In erster Linie die allgemeine Körperschwäche, die das Fett zum Schwinden bringt und die Maschen des Zellgewebes nachgiebig macht. Auch erleichtert das Alter mit seinem physiologisch auftretenden Gewebsschwund die plötzliche Entstehung von Hernien. Die Schwangerschaft verursacht durch überstarke Dehnung und Beanspruchung eine erhebliche Schädigung der Festigkeit der Bauchdecken.

Diese konstitutionell vorgebildeten loci minoris resistentiae müssen aber immer noch eine besonders starke Beanspruchung erfahren wenn es zu einer Bruchbildung kommen soll. Hierzu kommt es bei einer überstarken Beanspruchung der Bauchpresse, zum Beispiel beim Heben schwerer Lasten, und Erhöhung des intraabdominellen Druckes. Die große Mehrzahl der Brüche entsteht ganz allmählich. In langsamer Minierarbeit wird die Festigkeit des Bauchfells gelockert, bis endlich ein besonders starker Reiz das Hervortreten der Bauch-eingeweide an den disponieren Stellen veranlaßt. Immer muß jedoch die für die Bruchbildung konstitutionell günstige Vorbedingung vorhanden sein.

Ich habe versucht, durch vergleichende Untersuchungen metrische Anhaltspunkte dieser konstitutionellen Leibesbeschaffenheit zu finden.

Zu meinen Untersuchungen verwendete ich 75 Patienten, ganz gleichgültig, mit welchen Leiden sie bei uns eingeliefert

waren. Bei allen diesen Patienten maß ich den Abstand vom processus xiphoideus zur Symphyse, ich nenne ihn = S, und den Abstand vom processus xiphoideus zum Nabel ich nenne ihn = N. Zwischen diesen beiden Abständen versuchte ich ein Verhältnis herzustellen, das ich = K nannte. Also S: N = K.

22 Patienten waren wegen Leistenhernien in Behandlung gekommen. Bei ihnen lag K zwischen 2 u. 2, 4. Nie aber war K kleiner als 2.

38 Patienten lagen wegen irgend welcher anderen Krankheit in unserer Klinik, hatten aber alle keinen Bruch auch keine Anlage dazu. Vom Standpunkt unserer Betrachtungen aus, können sie also als gesund gelten.

Bei diesen 38 Patienten lag K zwischen 1,81 und 1,95. Immer aber war K kleiner als 2.

Beim Vergleiche dieser beiden Resultate finden wir, daß K bei den mit einem Bruchleiden behafteten Patienten immer größer ist wie bei den gesunden Patienten. Das heißt, da K ja immer = 2 oder größer als 2 ist, daß bei Bruchkranken der Nabel entweder genau in der Mitte zwischen Symphyse und processus xiphoideus oder näher an den processus xiphoideus heran liegt.

Ich glaube deshalb die Behauptung aufstellen zu dürfen, daß sich die konstitutionelle Krankheitsanlage bei einem Bruchkranken immer in der äußeren Gestalt seines Abdomens ausprägt.

Die letzten 15 Patienten lagen auch wegen irgend welcher anderer Krankheiten aber nicht wegen eines Bruches in unserer Klinik. Bei ihnen fand ich nun bei meinen Messungen, daß K auch immer gleich 2 oder größer als 2 war. Bei genauer Untersuchung ließ sich auch jedesmal eine latente Bruchanlage oder ein kleinerer Leistenbruch, der bis dahin symptomlos verlaufen war, feststellen.

Diese letzten 15 Patienten bilden gleichsam für meine oben aufgestellten Behauptungen den Beweis. Wurde ich doch bei ihnen schon durch meine Messungen auf die bestehende Konstitution hingewiesen, und mir ein Fingerzeig auf eine latente Krankheitsanlage gegeben, die ich später durch genaue Untersuchungen nachweisen konnte.